Lane Medical Library

Über die

Behandlung der Bubonen.

Inaugural-Dissertation

zur

Erlangung der Doktorwürde

von der

hohen medizinischen Fakultät

der

Universität Leipzig

zum Druck genehmigt am 28. September 1897

verfasst von

Georg Silber

prakt. Arzt aus Lebus (Oder).

Leipzig-Reudnitz.

Druck von August Hoffmann.

1897.

Meiner Schwiegermutter

Frau Baumeister Marie Silber

in Dankbarkeit und Verehrung

gewidmet.

Über die Behandlung der Bubonen.

Das ideale Ziel jeder ärztlichen Behandlung, eine radikale Heilung durch eine möglichst schonende, den Kranken wenig gefährdende Methode herbeizuführen, und andrerseits die Dauer der Behandlung so kurz wie möglich zu gestalten, wird bei der Behandlung der virulenten Bubonen von den Kranken schon aus sozialen Gründen — sind es doch meist junge Leute in abhängiger Stellung — ganz besonders dringlich beansprucht. Dazu kommt noch der Umstand, dass es für unsere Patienten höchst wünschenswert erscheint, die Entstehung entstellender Narben zu vermeiden. —

Die idealste Art der Behandlung bleibt, durch äusserlich angewendete Medikamente und Massnahmen die Entzündung zum Stillstande zu bringen und eine Resorption des bereits bestehenden Eiters herbeizuführen. Leider wird die Hoffnung auf einen so günstigen Verlauf selten erfüllt, da die meisten Krankheitsfälle erst dann zur Behandlung kommen, wenn bereits eine mehr oder weniger ausgedehnte Vereiterung der Drüsen besteht. In letzteren Fällen hat sich die Anwendung äusserer Mittel als nutzlos und oft die Heilungsdauer verlängernd, herausgestellt. —

Vermeidung von Anstrengungen und absolute Bettruhe sind zunächst bei allen Fällen der Drüsenentzün-

dungen zu empfehlen. Bei frisch entstandener Adenitis und besonders bei solcher, die nicht auf einem Ulcus molle beruht, haben sich Umschläge von Plumbum subaceticum bewährt, die durch einen leichten Druckverband befestigt werden. Ebenso wird bei Drüsenschwellungen seit alter Zeit häufig mit Erfolg eine Applikation von Unguentum Hydrarg. cin. gebraucht, die jedoch oft wegen eintretender Eczeme unangenehm ist. Andere Behandlungsweisen z. B. mit Jodtinktur, Jodsalben, Jodpflaster und Jodkollodium, sowie die verschiedenen Methoden der Kompression durch Apparate und endlich auf die Haut des Bubo applizierte Ätzungen, sind heute wohl ziemlich aufgegeben worden. —

Ist einmal eine Suppuration der Drüsen eingetreten, so bleibt nur ein direkter Eingriff übrig. Auch hier sind die verschiedensten Methoden geübt worden. — Um einen möglichst geringen Eingriff zu machen, wurde mittelst eines Spitzbistouri im Zentrum der Fluktuation ein Einstich bis in die Höhle der Adenitis gemacht und unter leichtem Druck der Eiter entleert. Andere*) machten mehrere Einstiche an der Peripherie der Schwellung, indem die Spitze des Messers nach dem Zentrum hin gerichtet wurde. Der Punktion der vereiterten Drüsen liessen andere Autoren eine Injektion verschiedenster Medikamente folgen, z. B. Jodtinktur, Karbolsäure und Sublimat. —

Neuerdings empfiehlt Block**) wieder folgende, auch von anderen angewandte Behandlungsweise. Punktion mit einem ungefähr zirka 1 cm breiten Skalpell, Ent-

*) Vital (de Cassis). Traitement local des bubons suppurés, avantages des ponctions multiples Annales des mal de la peau 1851 IV.

**) Kongress der dermatologischen Gesellschaft zu Breslau 1894.

leerung des Eiters durch leichtes Massieren, Injektion von 1—2 qucm einer 1% Argentum nitricum Lösung, die 1—2 Minuten in der Wunde gelassen wird. Jodoformgaze, Druckverband, Massage und Injektion, letztere bis 2—3% steigend, werden jeden zweiten Tag, solange sich noch Eiter entleert, angewandt. Die Behandlungsdauer beträgt nur 4—8 Tage. Es tritt darnach eine Nachbehandlung mit Karbol-Quecksilber-Pflastermull ein. Als Vorzüge dieser Methode giebt Block an, dass einmal weder Narkose noch Bettruhe nötig seien und ferner verlaufe die Heilung sehr schnell, ohne entstellende Narben zu hinterlassen. Falls trotzdem der Erfolg ausbliebe, so sei es immer noch ohne Nachteil möglich die Punktionswunde durch Verbreiterung in eine Incision zu verwandeln.

Sehr warm empfohlen wird früher von Grünfeld*) die Aspiration, die er vermittelst einer Saugspritze ausführt. Die Vorteile sollen in geringer Schmerzhaftigkeit, Vermeidung grosser Wundflächen und entstellender Narben, sowie in Abkürzung des Verfahrens bestehen. Kleine Abszesse heilen nach einmaliger Aspiration. Bei grösseren Vereiterungen findet abermals Eiteransammlung statt, so dass die Höhle nach 1—3 Tagen wieder gefüllt ist. Es erfolgt dann, wenn die Punktionsstelle bereits geschlossen ist, eine neue Punktion an einer Stelle, an der die Haut noch gut erhalten ist. Hat sich die erste Punktionsöffnung nicht geschlossen, so entleert sich der Eiter spontan. Häufig wird ein Aufhören der Eiterbildung nicht erzielt und dann muss die Inzision erfolgen. — Die Inzision mit nachfolgender, gründlicher Ausräumung der entzündeten Drüsen, hat bisher

*) Grünfeld: Subkutane Behandlung von Bubonen durch Auspumpen des Eiters. Wiener med. Presse 1869.

die hervorragendste Rolle in der Behandlung der Bubonen gespielt und gilt auch heute noch als letztes Mittel, wenn alle anderen Versuche resultatlos verlaufen. Auch bei der Inzisionsmethode sind die Grundsätze, nach denen operiert wird, recht verschiedene. Manche greifen fast bei jedem Falle zum Messer und räumen das ganze Leistendrüsengebiet radikal aus, wobei selbst noch intakte Haut entfernt wird. Es soll dadurch eine möglichst grosse Wundfläche erzielt werden, die von unten aus granuliert und die auch grösst möglichste Sicherheit gegen eine Wundinfektion und ein Recidiv bietet. Wenn diese Vorteile auch nicht abzuleugnen sind, so bezahlt der Patient dieselben doch durch Ausschaltung eines grösseren Lymphgefässbezirkes, Entstehung breiter und tiefer Narben und andere Folgezustände, die später noch erwähnt werden sollen. — Durch die Freundlichkeit des Herrn Dr. F. Loewenhardt zu Breslau sind mir 78 Fälle zur Verfügung gestellt worden, die Herr Loewenhardt meist selbst radikal operiert hat. Die Behandlungsweise war im Allgemeinen nachfolgende. — Um bei noch intakter Haut den Vorteil der Naht geniessen zu können, wurde der akute, virulente Bubo möglichst frühzeitig einer chirurgischen Behandlung unterworfen. Man führt parallel dem Poupart'schen Bande über die Höhe der Geschwulst, von einem Ende der Drüse bis zum anderen einen Schnitt. Derselbe durchtrennt vorsichtig Haut und oberflächliche Fascien gleichmässig in der ganzen Länge, wobei eine Verletzung der Drüse zu vermeiden ist. Sind keine Verwachsungen letzterer mit der Haut vorhanden, so kann man nun ohne Anwendung des Messers, die erkrankten Drüsen, die längs des Poupart'schen Bandes liegen, entfernen, indem man sie mit dem Zeigefinger umkreist und heraushebt. Die medial und lateral liegen-

den Gefässe werden am besten in toto unterbunden, wodurch einmal eine grössere Blutung und andrerseits ein bedeutenderer, späterer Lymphausfluss vermieden wird. Nach der Ligatur wird die Drüse mit der Scheere abgeschnitten. Etwaige Gewebsfetzen, die voraussichtlich nur geringe Lebensfähigkeit zeigen, werden abgeschnitten und damit ist in den meisten Fällen die blutige Operation beendigt. —

Die reine Wunde wird nun mit einem Karbol- oder Sublimattampon ausgetupft. Jetzt wird die Höhle mit einem dünnen, langen, gut saugenden Gazestreifen locker ausgefüllt und das wenige Zentimeter lange Ende aus dem lateralen Wundrande herausgeleitet. Durch 3—6 weit gefasste Knopfnähte oder eine Kürschnernaht werden die Wundränder genau vereinigt bis 1 cm vor dem äusseren Ende, an dem der Gazestreifen heraushängt.

Der Wundverlauf war in diesen typischen Fällen folgender. Bei absolutem Wohlbefinden des Patienten werden die Tampons nach etwa 5 Tagen, die Nähte nach 8 Tagen entfernt. Der äussere Wundwinkel schliesst sich dann im Laufe der zweiten Woche und der Kranke wird nach spätestens 14 Tagen mit einer kleinen glatten Narbe geheilt entlassen.

Leider liegen die Verhältnisse nicht immer so günstig, dass nur die erste Gruppe der glandulae inguinales superficiales in Betracht kommt. In weit mehr Fällen als man nach der äusseren Untersuchung vermutet, ist schon die zweite, mit ihrem Zentrum ungefähr der fossa ovalis entsprechende Partie in Mitleidenschaft gezogen. Besonders häufig wurden gerade die in dieser Grube gelegenen Drüsen vereitert gefunden, ohne dass die Haut darüber einen Anhaltspunkt für die Fortsetzung des Prozesses auf diese zweite Station gab-

Ein zweiter Schnitt zur vollständigen Freilegung dieser Region ist nun nicht immer nötig, vielmehr kann durch Herabziehen der leicht verschieblichen Hautdecken die Ausräumung von dem ersten Schnitte aus erzielt werden. Mit grosser Vorsicht muss hier operiert werden, um eine Verletzung der Vena saphena magna zu vermeiden und ebenso müssen die kleinen Venen beachtet werden, die hier ihren Ursprung direkt aus der grossen Schenkelvene nehmen. Sind die Drüsen entfernt, so besteht eine nach unten geschlossene, tiefe Tasche, deren Tamponade von der ersten Schnittwunde aus immerhin bedenklich erscheint. Man schafft daher einen zweiten Abzugskanal, indem man unter Führung der Kornzange oder des Fingers von der tiefsten Stelle der Tasche eine Contraincision macht. Ein zweiter Gazestreifen wird hier herausgeleitet, der jedoch an der Austrittsstelle nicht eingeklemmt sein darf. Bei einigermassen reichlicher Sekretion empfiehlt es sich einen dünnen Gazestreifen bis zur Herausnahme der Nähte zu verwenden, indem man die Stelle der Contraincision durch ein neues Gazestück offen hält.

Sehr wichtig für den ungestörten Verlauf der Heilung ist die richtige Anlage des Verbandes, besonders der feste Abschluss nach der Skrotalfalte, da von hier aus sehr leicht eine Störung der prima reunio eintreten kann. Besonders schwierig ist die Anlage des Verbandes bei weiblichen Patientinnen, besonders wenn der Bubo sehr nahe an den grossen Labien sitzt. Die Bindentouren, deren Kreuzungspunkt in der Schenkelfalte liegt, haben in Folge der starken Beckenneigung immerwährend das Bestreben nach der Taille und dem Oberschenkel hin abzugleiten. Die kleine Peripherie des letzteren bewirkt daher trotz Anlegung einer vollständigen Badehose eine Lockerung des Verbandes und

Entblössung des medialen Wundrandes, wobei die bedenkliche Nähe der Vagina und des Anus sich geltend macht. —

Um diese Gefahr zu vermeiden, wurde der Verband nach folgender Technik angelegt. Zunächst wurde der mediale Wundwinkel stets geschlossen und der ableitende Gazestreifen aus dem offen gelassenen lateralen Winkel herausgeleitet. Ferner werden die direkt auf der Wunde liegenden Gazebäusche mit zwei kreuzweise geführten aseptischen Zinkoxydpflastermullstreifen festgehalten. Zum Schluss wird noch mit Jodoformkollodium eine dünne Wattelage an der inneren Seite befestigt. Jetzt erst werden die grösseren Verbandstücke mittelst der Spica coxae befestigt, indem man wohl darauf achtet, dass die medialen Ränder des Verbandes durch nicht entfettete Wattestücke gegen das Eindringen von Sekret gesichert werden. Bei dieser Methode wird durch die Pflasterstreifen die unmittelbare Bedeckung der Wunde fixiert und andrerseits kann das Wundsekret ungehindert durch den äusseren Verband aufgenommen werden. Eine Verschiebung der eigentlichen Wundbedeckung ist jetzt nicht mehr möglich. —

Wichtig ist die Regelung der Diät und des Stuhles vor und nach der Operation. Um das unangenehme Ereignis des Stuhlganges nach der Operation zu vermeiden, wurde auf folgende Weise verfahren. Zwei Tage vor der Operation musste der Patient abführen; am Morgen des Operationstages erhielt er eine Ausspülung und Opium. Durch vorwiegend flüssige Nahrung und tägliche Opiumgaben, kann man den Stuhl jetzt ohne Beschwerden 8 Tage anhalten, lässt aber am Besten am Tage vor dem Verbandwechsel ein Abführmittel geben und am Morgen des Verbandtages wieder erst eine Ausspülung vornehmen und dann Opium reichen.

Die nachfolgenden 78 Fälle wurden im Allgemeinen nach der zuletzt beschriebenen Methode behandelt.

1) J. 18jährige P. p.

1. März 1883 Beginn der Krankheit.

15. März Aufnahme. Bubo vereitert.

20. März Incision. Naht an den Winkeln. Alle 3—5 Tage Verbandwechsel. Fieber 4 Tage.

25. April entlassen. Links geheilt, rechts granulierend.

Dauer 32 Tage

2) H. 21jährige Verkäuferin.

7. April 1883 Beginn der Krankheit.

14. April Aufnahme. Ulcus molle links. Zunächst mit Eis und Jodoformkollodium behandelt.

23. April Incision, Naht. Oedem an den Labien. Verbandwechsel viertägig.

15. Mai geheilt entlassen.

Dauer 32 Tage.

3) St. 19jähriges Dienstmädchen.

Beginn vor 3 Wochen.

21. Februar Aufnahme. Fluor, Ulcus molle ad introitum. Erosionen. Rechts Bubo, Haut entzündlich gerötet.

25. Februar Incision, Naht. Drüsenpackete. Fieber $1^1/_2$ Tage andauernd.

25. Februar abends 40,4. Lister'scher Verband.

7. April entlassen.

Dauer 46 Tage.

4) R. 27jährige Arbeiterfrau.

Beginn vor 5 Wochen.

14. Februar 1885 Aufnahme. Links Bubo, Fistel mit grosser Wundhöhle. Coxitis-Stellung.

17. Februar Incision, Auskratzen, Naht. Fieber 8 Tage.

21. Februar Nachoperation in der Narkose.

27. März Transplantationen.

27. April entlassen. Granulationen.

Dauer 73 Tage.

5) H. 17jährige P. p.

23. März 1885 Aufnahme. Es bestehen Fluor und Papeln. Ulcus molle links am introitus. Bubo links schmerzhaft.

27. März Incision, ⊤-Schnitt. Drüsen sind vereitert. Kürschnernaht. 1 Tag Fieber.

18. April entlassen mit schöner glatter Narbe. 1889 noch gut.

Dauer 27 Tage.

6) G. 34jähriges Dienstmädchen.

1. Dezember 1884 Beginn der Krankheit. Mit Ung. hydrarg. cin. ausserhalb behandelt.

15. Dezember Aufnahme. Es bestehen Erosionen.

17. Dezember Incision, Naht, Compressionsverband. Zweitägiger Verbandwechsel.

13. Januar entlassen.

Dauer 30 Tage.

7) F. 16jährige P. p.

6. Januar 1885 Aufnahme. Gonorrhoe, Ulcus molle, Bubo sinist.

9. Januar Incision, Naht.

20. Februar entlassen.

Dauer 46 Tage.

8) F. 20jährige Schleusserin.

11. Mai 1885 Beginn der Krankheit.

19. Mai Aufnahme. Gonorrhoe, Ulcus molle, Bubo duplex.

20. Mai Incision, Naht. Vorübergehende Schwellung der Labien. Jodoform-Exanthem.

27. Juni entlassen.

Dauer 40 Tage.

9) P. 19jährige P. p.

9. Oktober 1886 Beginn. Links Drüsen schmerzhaft.

20. Oktober Aufnahme. Ulcus molle, linsengross über der Harnröhre. Bubo sinist, hart, klein. Eisbeutel, Jodtinktur.

19. November Incision, Naht. Fieber 3 Tage.

26. November geheilt entlassen.

Dauer 38 Tage.

10) Sch. 22jährige P. p.

24. April 1886 Beginn. Schmerzen.

27. April Aufnahme. Ulcus molle in der Vagina und Papeln. Cruraldrüsen rechts hühnereigross. Umschläge.

5. Mai Incision, Naht. Fieber am 8. und 14. 40°.

31. Mai Abtragung der Wundränder wegen Einstülpung.

17. Juni entlassen.

Dauer 55 Tage.

10) R. 23jähriger Müller.

Beginn vor 6 Wochen. Ulcus molle im sulcus.

28. Oktober 1886 Bubo dexter.

29. Oktober. Incision, Naht.

12. November entlassen. Granulierend.

Dauer 16 Tage.

12) K. 27jähriger Beamter. Lues vor 3 Jahren.

Beginn vor 4 Wochen.

22. Oktober 1886 Aufnahme. Bubo dexter. Taubeneigross. Warme Umschläge.

29. Oktober Incision, Naht. Mehrfaches Fieber und entzündliche Schwellungen.

13. November Erweiterung, Auskratzen.

27. November entlassen. Granulierend.

Dauer 37 Tage.

13) K. 15jähriger Bäcker.

Beginn vor 8 Tagen.

5. Dezember 1886 Aufnahme. Bubo sinist. Jodtinktur, Eis.

13. Dezember Vertikalincision. Vereiterte Drüsen.

27. Dezember Lymphangitis femoralis.

10. Januar Wunde geheilt. Lymphangitis besteht noch. Schwellung der Axillardrüsen.

Dauer 27 Tage.

14. B. 19jähriger Handlungsgehülfe.

Beginn vor 5 Wochen.

30. März 1886 Aufnahme. Ulcus molle vor 6 Wochen. Bubo dexter. Kinderfaustgross. Fluktuierend. Breiumschläge.

31. März Incision. Drüsen vereitert.

23. April entlassen. Granulierend.

Dauer 25 Tage.

15) B. 23jähriger Schiffer.

Beginn vor 3 Wochen.

1. Dezember 1896 Aufnahme. Ulcus molle im sulcus. Bubo sinist. Fieber.

1. Dezember Incision. Packete vereitert. 1 Tag Fieber.

16. Dezember entlassen. Granulierend.

Dauer 16 Tage.

16) v. A. 23jähriger Kaufmann.

Beginn vor 14 Tagen. Behandelt sich selbst mit Ung. hydrarg. cin. Hg-Exanthem.

5. Februar 1885 Aufnahme. Gonorrhoe, Phimosis, Ulcus molle am Praeputium. Bubo duplex.

25. Februar Incision. Drüsen vereitert. Naht.

31. März Abtragung der Wundränder, Verbandwechsel alle 2 Tage.

18. April entlassen. Granulierend.

Dauer 73 Tage.

17) F. 26jähriger Kaufmann.

Beginn 4. Juli 1886.

11. Juli Aufnahme. Bubo duplex.

12. Juli Incision, Naht.

28. August entlassen.

Dauer 49 Tage.

18) G. 52jähriger Arbeiter.

Beginn vor 5 Tagen.

27. Januar 1885 Aufnahme. Ulcera, linsengrosse am Frenulum und an der Glans. Bubo sinist. Umschläge.

2. Februar Fluktuierend.

3. Februar Incision, Naht. Mehrere Tage Fieber und Entzündung, da Patient den Verband selbst abgenommen hatte.

14. März entlassen. Granulierend.

Dauer 47 Tage.

19) O. 25jähriges Dienstmädchen.

Vor 2 Jahren Aufbruch der Femoraldrüsen.

10. Juni 1887 Aufnahme. Lues, Papeln. Erosionen auf den rechten Labien.

15. Juni Incision, Naht, Fieber intermittierend.

23. Juli entlassen.

Dauer 44 Tage.

20) R. 18jährige P. p.

20. Juli Aufnahme. Ulcus molle in introitu. Seit 3 Tagen Fluor. Bubo dexter. Jodtinktur.

16. August Incision. Drüsen erweitert. Naht. Geringes Oedem der rechten Labien.

31. Oktober entlassen.

Dauer 104 Tage.

21) H. 24jährige P. p.

24. Juli 1887 Aufnahme. Ulcus molle. Bubo dexter.

13. August Incision. Drüsen erweitert. Naht.

14. September entlassen. Dauerndes Oedem der Labien noch im Juli 1888.

Dauer 53 Tage.

22) Sch. 23jährige P. p.

13. August Aufnahme. Ulcus molle an der Harnröhre. Gonorrhoe. Bubo dexter.

3. September Incision, Naht.

28. Oktober entlassen.

Dauer 77 Tage.

23/24) Sch. 31jährige Köchin.

Beginn vor 2 Monaten.

18. Oktober 1887 Aufnahme. Es bestehen mit der Haut verwachsene Fisteln. Bubo duplex.

24. Oktober Incision. Rechts tief. Naht.
25. November rechts geheilt.
14. November links geheilt.
Dauer 39 und 28 Tage.

25) W. 2jähriges Kind.

17. Oktober Aufnahme. Eczema vulvae. Bubo duplex. Links fluktuierend, rechts entzündlich.
20. Oktober Incision, Naht. Jodoform-Erythem. Fieber.
15. November entlassen. Granulierend.
Dauer 30 Tage.

26) R. 20jähriger Schuhmacher.

Beginn vor 8 Tagen.
23. August 1887 Aufnahme. Hühnereigrosser, schmerzhafter, rechtsseitiger Bubo. Haut verschieblich. Eis.
24. August Incision, Naht.
28. August Öffnung der Wunde um Blut zu entfernen.
13. September entlassen. Granulierend.
Dauer 22 Tage.

27) M. 20jähriger Musiker.

Beginn vor einigen Tagen.
21. Dezember 1887 Aufnahme. Ulcus molle ad. Praeputium. Bubo dexter. Fluktuierend. Phimosis.
21. Dezember ⊤-Schnitt. Gänseeigrosse Packete. Eine taubeneigrosse Drüse ist mit dem Grunde verwachsen. Blutung in die Kapsel.
12. Januar entlassen.
Dauer 23 Tage.

28) K. 55jähriger Lehrer.

Beginn vor 3 Wochen.

21. August 1887 Aufnahme. Erosionen im sulcus Bubo sinist. Faustgross. Fluktuierend.

21. August Incision. Packete verschmolzen.

31. August entlassen.

Dauer 14 Tage.

29) K. 28jähriger Arbeiter.

Beginn vor 3 Wochen.

28. Dezember 1887 Aufnahme. Ulcus molle im Sulcus. Zehnpfennigstückgrosser Bubo sinist. Fluktuierend. Nicht schmerzhaft. Jodtinktur.

30. Dezember Incision. T-Schnitt. Packete vereitert.

5. März entlassen.

Dauer 68 Tage.

30) J. 20jähriger Kellner.

Beginn vor einigen Tagen.

29. Oktober 1897 Aufnahme. Bubo sinist. Hühnereigross, schmerzhaft. Fieber 39,4°.

21. November Incision. Morsche Drüsen werden mit dem Löffel ausgeräumt.

5. Dezember entlassen. Granulierend.

Dauer 38 Tage.

31) G. Schneider.

1884/86. Gonorrhoe. Beginn vor 14 Tagen.

20. August 1887 Aufnahme. Bubo dexter. Schmerzhaft.

21. August Incision, Naht.

24. September entlassen.

Dauer 36 Tage.

32) G. 21jähriger Brauer.

Vor einem Jahre Gonorrhoe.

27. Mai 1887 Aufnahme. Bubo links faustgross, rechts hühnereigross, dem Durchbruche nahe.

27. Mai Incision, tief. Zahlreiche, vereiterte Drüsen.

Entlassen den 2. Juli. Links Zehnpfennigstückgross; rechts granulierend.

Dauer 37 Tage.

33) G. 27jähriger Barbier.

Beginn vor 12 Tagen.

21. November Aufnahme. Bubo sinister. Gänseeigross, empfindlich. Hg-Pflaster.

23. September Incision. Packete und Eiterherde.

5. Oktober entlassen.

Dauer 15 Tage.

34) L. 19jähriger Arbeiter.

Beginn vor 14 Tagen.

9. September 1887 Aufnahme. Gänseeigrosser Bubo dexter, empfindlich.

9. September tiefe Incision. Viele eitrige Herde. Fieber 4 Tage.

8. Oktober entlassen. Granulierend.

Dauer 30 Tage.

35) J. 21jähriger Handlungsgehülfe.

Hatte vor einem Jahre 4—5 Wochen lang Gonorrhoe.

21. März 1887 Aufnahme. Bubo dexter taubeneigross, abgrenzbar. Hg-Pflaster.

23. März Injektion von $2^1/_2\,\%$ Karbolsäure.

24. März desgleichen.

28. März Incision. Vereiterte Drüsen.
18. April entlassen.
Dauer 29 Tage.

36) G. 24jähriger Landwirt.

Beginn vor 14 Tagen.
4. Juli 1887 Aufnahme. Ulcus molle im sulcus. Bubo sinister. Gänseeigross. Fluktuierend.
5. Juli Incision. Drüsen vereitert. 1 Tag Fieber.
16. Juli entlassen. Granulierend.
Dauer 13 Tage.

37) G. 22jähriger Kellner.

Beginn vor 10 Tagen.
28. April 1887 Aufnahme. Gonorrhoe. Erosionen im Sulcus. Bubo sinister. Handteller gross, hart, empfindlich.
29. April Incision sehr tief. Naht. Fieber 3 Tage.
18. Juni entlassen.
Dauer 52 Tage.

38) M. 23jähriges Dienstmädchen.

Beginn am 4. Juli 1888.
11. Juli Aufnahme. Erosionen an der hinteren Commissur. Bubo duplex. Breiumschläge.
17. Juli Incisionen. Oedem der Labien vorübergehend.
22. August entlassen.
Dauer 43 Tage.

39) L. 24jährige Nähterin.

23. März Aufnahme. Ulcus molle am rechten Lab. min. Bubo dexter fluktuierend. Eine Drüse auch im Foramen ovale.

24. März Incision tief, schwierig.

24. April Temperatur 38,1°. Schlaffe Granulationen.

14. Mai entlassen.

Dauer 53 Tage.

40) H. 26jährige P. p.

Beginn 23. Mai 1888.

7. Juni Aufnahme. Fluor. Bubo sinister. Fluktuierend.

9. Juni Incision sehr tief. Leichtes Oedem der linken Labien. Öfterer Verbandwechsel.

24. Juli entlassen.

Dauer 48 Tage.

41) L. 21jährige Arbeiterin.

Beginn vor 8 Tagen.

30. Oktober 1888 Aufnahme. Lues, Papeln. Links wallnussgrosser, rechts kleinerer Bubo.

1. November Incision beiderseitig. Naht. Fieber 3 Tage.

1. Januar 1889 entlassen.

Dauer 64 Tage.

42) K. 24jährige P. p.

1885 Lues. Beginn vor 8 Tagen.

12. Dezember 1888 Aufnahme. Bubo sinister. Gonorrhoe.

15. Dezember Incision. Naht. Eczem. Einrollung der Wundränder. Nachoperation.

16. März 1889 entlassen.

Dauer 93 Tage.

43) B. 34jährige Nähterin.

Beginn vor 8 Tagen.

13. März 1888 Aufnahme. Ulcus molle. Bubo sinister. Ung. hydrarg. ciner.

4. Juni Incision.

16. Juni entlassen.

Dauer 35 Tage.

44) L. 21jährige P. p.

Vor einem Monate Lues und Gonorrhoe. Beginn 12. Dezember 1888 unter Schmerzen.

20. Dezember Aufnahme. Bubo dexter.

21. Dezember Incision. Naht. 3 Tage Fieber Vorübergehendes Oedem.

2. März entlassen.

Dauer 73 Tage.

45) F. 22jährige P. p.

25. September 1888 Aufnahme. Ulcus molle. Bubo sinister. Wallnussgross, schmerzhaft.

2. Oktober Incision. 10 cm langer Schnitt. Drüsen vereitert. Naht. Tamponade. Fieber ein Tag.

10. November entlassen.

Dauer 47 Tage.

46) B. 36jährige Bauersfrau.

Beginn 5. Februar 1888. Ulcus molle.

13. Februar 1888 Aufnahme. Bubo duplex. Taubeneigross, fluktuierend.

13. Februar Incision. Rechts starke Vereiterung. 5 Tage Fieber, später intermittierend.

10. April entlassen.

Dauer 57 Tage.

47) R. 22jähriges Dienstmädchen.

Beginn vor $3^1/_2$ Wochen.

7. September 1888 Aufnahme. Erosionen am Lab. maior. sin. Oedem. Bubo duplex. Fisteln.

2. September Incision. Beiderseitig gelatinös, vereitert. Labien links ödematös.

25. Oktober entlassen.

Dauer 46 Tage.

48) O. 24jähriger Tischler.

Beginn vor 8 Tagen.

19. März 1888 Aufnahme. Gonorrhoe, Ulcus molle am Praeputium int. Bubo duplex, fluktuierend.

20. März Incision. Vereiterte Drüsen. Oberflächliche Venenthrombose.

3. April Nachoperation zurückgebliebener Drüsen.

2. Mai entlassen.

Dauer 45 Tage.

49) M. 24jähriger Kaufmann.

Beginn vor 3 Wochen.

27. Dezember 1888 Aufnahme. Ulcus molle verheilt. Bubo dexter. Fluktuation.

28. September Incision. Blutiger Eiter entleert.

11. Oktober entlassen.

Dauer 19 Tage.

50) K. 22jähriger Kellner.

Beginn vor 14 Tagen.

31. Juli Aufnahme. Reste von Ulcus molle am Frenulum. Bubo sinist.

1. August Incision. Naht.

5. August Nähte auseinandergegangen. Jodoformgaze. Erythem.

23. August entlassen. Granulierend.

Dauer 24 Tage.

51) K. 29jähriger Inspektor.

Beginn vor 10 Tagen.

24. Juli 1888 Aufnahme. Gonorrhoea chronica. Ulcus durum auf dem dorsum penis. Bohnengrosse Ätzung. Bubo sinist. Hart, gross, empfindlich.

4. August tiefe Incision. Naht.

20. August Schwellung des Schenkels. Ausgedehnte Nachoperation.

19. September Blasenkatarrh.

24. Dezember entlassen.

Dauer 154 Tage.

52) J. 26jähriger Commis.

Beginn vor 10 Tagen.

7. Mai 1888 Aufnahme. Seit 3 Monaten Gonorrhoe. Bubo sinist., fluktuierend.

8. Mai Incision. Eine grosse Drüse vereitert. Naht. Tamponade.

11. Juni entlassen.

Dauer 36 Tage.

53) H. 21jähriger Graveur.

17. Juli 1888 Beginn.

28. Juli Aufnahme. Gonorrhoe seit 20. Mai. Bubo dexter. dem Durchbruche nahe, sehr entzündlich.

28. Juli Incision. Eine Drüse vereitert. Naht. Tamponade.

18. August entlassen.

Dauer 22 Tage.

54) G. 21jähriger Handschuhmacher.

Beginn vor 3 Wochen.

28. April 1888 Aufnahme. Gonorrhoe 1886 und 1887 Bubo duplex. Links fluktuierend, rechts gering entzündlich. Hg-Salbe.

29. September Incision. Naht. Tamponade.

19. November entlassen.

Dauer 53 Tage.

55) S. 22jähriger Drechsler.

Beginn am 1. Dezember 1888.

8. Dezember Aufnahme. Ulcera moll. am Praeputium und Glans. Phimosis seit 7 Wochen. Bubo sinist., fluktuierend. Hg-Pflaster.

10. Dezember Incision. Naht. Contraincision. Tamponade.

14. Januar 1889 entlassen.

Dauer 37 Tage.

56) W. 25jähriger Fleischer.

21. Februar 1888 Aufnahme. Ulcus molle im sulc. coron., erbsengross. Bubo duplex. Schmerzhaft.

12. März Incision. Rechts oberflächlich eiternd. Naht.

19. April entlassen.

Dauer 57 Tage.

57) W. 24jähriger Posteleve.

Beginn vor 8 Tagen.

6. Juni 1880 Aufnahme. Gonorrhoea chronica. Phimosis. Bubo sinist. Verschieblich.

16. Juni Incision. Eine oberflächliche Drüse ver-

eitert, die übrigen bis haselnussgross. Rosenmüller'sche Drüse sulzig.

30. Juni entlassen.

Dauer 25 Tage.

58) Sch. 26jähriger Schuhmacher.

Beginn seit 28 Tagen Ulcus molle. Seit 14 Tagen schmerzhafter Bubo.

21. Juni 1888 Bubo sinist., fluktuierend.

21. Juni Incision. Naht. Tamponade. Eine oberflächliche Drüse vereitert, Rosenmüller'sche mit erkrankt. Sekundärnaht.

18. Juli entlassen.

Dauer 28 Tage.

59) R. 23jähriger Musiker.

Beginn vor 3 Wochen. Ulcus molle. Phimosis.

2. Juli 1888 Aufnahme. Bubo dexter, taubeneigross, fluktuierend.

3. Juli Incision, Contraincision, Naht.

10. Juli Fieber 39,1. Öffnung, Sekundärnaht.

9. August entlassen.

Dauer 39 Tage.

60) B. 22jähriger Arbeiter.

Beginn vor 5 Tagen.

25. Juni Aufnahme. Ulcus molle elevatum. Hg-Salbe.

26. Juni Incision. Haut gerötet. Drüsen schmerzhaft. Mehrere Drüsen vereitert. Die Rosenmüller'sche Drüse haselnussgross, sulzig.

18. Juli entlassen.

Dauer 24 Tage.

61) D. 20jähriger Bureaugehülfe.

Beginn Oktober Phimosis. Ulcus molle am Praeputium. Hg-Pflaster. Leinsamen.

24. November Aufnahme. Bubo dexter, nicht fluktuierend.

26. November Incision. Drüsen vereitert. 1 Tag Fieber.

24. Dezember entlassen.

Dauer 30 Tage.

62) D. 21jähriger Kellner.

4. Juli 1888 Aufnahme. Ulcus molle am Frenulum. Bubo sinister.

12. Juli Incision. Eine grosse Drüse vereitert, die übrigen nur vergrössert.

29. Juli entlassen.

Dauer 26 Tage.

63) F. 39jähriger Arbeiter.

Beginn Gonorrhoe seit 2 Monaten.

8. November 1888 Aufnahme. Ulcus molle seit $2^1/_2$ Wochen im sulcus, 20-Pfennigstückgross.

13. November Incision. Drüsen vereitert. Naht.

14. Dezember entlassen.

Dauer 37 Tage.

64) G. 23jährige Arbeiterin.

Beginn 6. Februar 1889. Fluor.

26. Februar Aufnahme. Bubo sinister. Vereitert.

1. März Incision. 8 cm langer Schnitt. Naht.

16. April entlassen.

Dauer 49 Tage.

65) B. 17jährige Kellnerin.

Beginn am 22. Februar 1889 mit Ulcus molle.

1. März Aufnahme. Bubo dexter, schmerzhaft und nicht fluktuierend.

2. März Incision. Naht. Tamponade.

Am 5., 10., 12. Tage Fieber.

29. März schmaler Granulationsstreifen. Entlassen.

Dauer 29 Tage.

66) D. 19jährige Verkäuferin.

30. März Aufnahme. Grosses Packet von Drüsen. Bubo dexter fluktuierend.

1. April Incision. Naht.

12. Mai nochmalige Spaltung und Auskratzung.

31. Mai entlassen.

Dauer 63 Tage.

67) G. P. p.

Beginn vor 14 Tagen mit Ulcus molle.

12. März 1889 Aufnahme. Bubo dexter nicht fluktuierend.

20. März Incision. Naht.

20. April entlassen.

Dauer 32 Tage.

68) St. 40jährige P. p. Fluor. Lues.

18. März Aufnahme. Bubo dexter. Apfelgross. Fluktuierend.

22. März Incision. Drüse vereitert. Naht.

3. Mai entlassen.

Dauer 47 Tage.

69) Th. 22jährige Schleusserin.

Beginn vor 14 Tagen.

29. April Aufnahme. Gonorrhoe. Bubo sinist. Fisteln.

6. Mai Incision. Naht.

3. Juni entlassen.

Dauer 33 Tage.

70) 25jährige P. p.

1881. Lues. Beginn 9. Februar 1889.

12. Februar Aufnahme. Ulcus molle am rechten kleinen Lab. erbsengrosser Bubo duplex, schmerzlos, induriert.

27. Februar Incision. Beiderseits Naht.

11. März entlassen.

Dauer 28 Tage.

71) R. 21jähriger Schlosser.

Beginn vor 10 Tagen.

29. Januar Aufnahme. Bubo dexter.

30. Januar Incision. Packete vereitert. 3 Tage Fieber.

25. Februar entlassen.

Dauer 28 Tage.

72) O. 20jähriger Steindrucker.

Beginn vor 6 Wochen. Ulcus molle. Phimosis.

2. Januar 1889 Aufnahme. Bubo dexter, fluktuierend.

2. Januar Incision. Naht.

14. Januar entlassen.

Dauer 12 Tage.

73) L. 24jähriger Commis.

Gonorrh. chronica. Hypospadie.

2. März Aufnahme. Bubo dexter. Schmerzhaft. Hg.-Pflaster.

23. März Incision. Eine kleine Drüse vereitert, die anderen vergrössert.

24. März entlassen.

Dauer 25 Tage.

74) J. 25jähriger Kaufmann.

Beginn vor 4 Tagen.

24. September 1889 Aufnahme. Gonorrh. acuta. Erosionen an der Glans. Ulcus molle am Frenulum. Bubo duplex. Hart, nicht fluktuierend.

24. September Incision. Rechts strumös, links Rosenmüller'sche Drüse vereitert. Naht.

12. Oktober entlassen.

Dauer 19 Tage.

75) S. cand. med.

Beginn am 19. Februar 1889. Ulcus molle im sulcus, linsengross.

20. Februar Aufnahme. Bubo duplex.

21. Februar Incision. Naht.

2. März entlassen.

Dauer 11 Tage.

76/77) D. 19jähriger Kellner.

Beginn am 18. und 14. Februar 1889.

16. Februar Aufnahme. Bubo duplex. Gonorrh. posterior. Epididymitis sinistra.

21. Februar Incision. Drüsen vereitert.

20. März rechts geheilt.

30. März links geheilt.

Dauer rechts 36, links 46 Tage.

78) D. 20jähriger Schlächter.

Beginn vor 3 Monaten.

4. März Aufnahme. Bubo dexter. Grosse Fisteln mit Unterminierungen.
4. März Erweiterung.
21. März entlassen.
Dauer 18 Tage.

Die durchschnittliche Heilung dieser 78 Fälle beträgt 40,53 Tage. Es finden sich dabei Bubonen der verschiedensten Grösse. Fall 14, 28, 32, 57 waren faustgross und brauchten zur Heilung 25 beziehungs- 14, 37 und 52 Tage. Die Fälle 10, 26, 27, 30, 33, 34 und 35 zeigten die Grösse eines Hühner- bis Gänseeies und waren in durchschnittlich 30,28 Tagen geheilt. In 7 Fällen trat Fieber auf, welches jedoch nur wenige Tage anhielt. Nachoperationen wurden 13 mal gemacht. Dieselben bestanden in nochmaliger Incision oder in Abtragung der eingerollten Wundränder. Nur in einem Falle (51) war eine ausgedehntere Nachoperation nötig. Oedem durch Lymphstauung der Nachbargebiete trat in 8 Fällen ein. In einem Falle (21) bestand ein Oedem der Labien, welches ein Jahr später noch nicht geschwunden war. Fall 13 zeigte eine Lymphangitis femoralis, die bei Entlassung des Patienten noch bestand. In den übrigen Fällen hielt die Schwellung nur wenige Tage an.

Im Gegensatze zu der oben beschriebenen Methode, die einen möglichst zeitigen und radikalen Eingriff verfolgt, steht ein anderes Heilverfahren, das erst seit einer Reihe von Jahren vielfach mit gutem Erfolge geübt wird.

Im Jahre 1891 veröffentlichte Dr. Eduard Welander*)

*) Versuche einer Abortivbehandlung d. Bubonen. Dr. Ed. Welander, Stockholm. Archiv für Dermatologie. 1891. Seite 43.

eine neue abortive Behandlungsweise der Bubonen. Nachdem er zuerst Injectionen mit Sublimat (1 : 100) angewendet hatte, die er wegen der grossen Schmerzhaftigkeit wieder aufgeben musste, injicierte er benzoësaures Quecksilberoxyd. Er spritzte an einer oder mehreren Stellen $^1/_2$ gr der Flüssigkeit ein und legte dann einen Verband mit Watte, in Sublimatlösung getaucht auf.

Einige Stunden nach der Injektion trat zunächst eine gesteigerte Schmerzhaftigkeit auf. Nach einigen Tagen verminderte sich die Infiltration, während gleichzeitig oft eine bedeutende Fluktuation eintrat. Nach wenigen Tagen schwanden Fluktuation und Infiltration. Injiciert wurde sowohl in schon stark fluktuierende Drüsen, als auch in solche, bei denen noch keine Fluktuation bestand.

Die Versuche erstreckten sich zunächst auf 40 Fälle und hatten folgendes Resultat. Bei geringer oder fehlender Fluktuation verliefen 30 Fälle günstig; relativ günstig einer, bei dem noch die Haut gerettet werden konnte. Ungünstig endigte ein Fall, bei dem die Incision vorgenommen werden musste. Bei bestehender Abscessbildung trat in 8 Fällen keine Absorption ein. Der Eiter musste entleert werden. 73 % der Fälle verliefen also günstig.

In einem zweiten Artikel*) berichtet Welander

*) Über Abortivbehandlung von Bubonen mittelst Einspritzungen von benzoësaurem Quecksilberoxyd. Dr. Ed. Welander in Stockholm. Archiv für Dermatologie. 1891. Seite 371.

Das benzoësaure Quecksilberoxyd wird auf folgende Weise dargestellt. Man stelle 2 Lösungen her:

1) 125 gr gelbes, gefälltes Quecksilberoxyd,
250 gr Salpetersäure (spez. Gew. 120),
4000 gr destilliertes Wasser.

über weitere 59 Fälle. Von 40 Fällen, bei denen keine oder nur geringe Fluktuation bestand, verliefen 38 günstig. In 12 Fällen zeigte sich bereits eine starke Fluktuation. Es wurde in den noch nicht abscedierten Rand injiciert und es trat hierauf in 10 Fällen Absorption, in 2 Fällen Eiterung ein, 7 Fälle verliefen ungünstig. Einige der Patienten haben trotz starker Infiltration ohne Beschwerden ihrem Berufe nachgehen können.

Im Ganzen also verliefen nach dem Welander'schen Berichte von 100 Fällen 78 günstig. Welander kommt zu dem Schlusse, dass bei fehlender oder geringer Fluktuation, sowie auch bei starker Fluktuation mit noch gut erhaltener Haut durch die Injection ein gutes Resultat zu erwarten sei. Bei starker Fluktuation mit blauroter Haut muss in den meisten Fällen die Incision der Injection folgen.

Nach dem Vorgange von Welander wurden bald in der dermatologischen Universitätsklinik des Prof. F. J. Pick in Prag Versuche mit Injection von benzoësaurem Quecksilberoxyd gemacht, über deren Resultat Dr. Theodor Spietschka berichtet.*)

---

2) 180 gr benzoesaures Natron,
4000 gr destilliertes Wasser.

Man vermischt diese Lösungen allmählich bei beständigem Umrühren mit einem Glasstäbchen. Es bildet sich hierbei eine weisse, voluminöse Fällung, welche auf einem Filter (Tuch) gesammelt und dann mit destilliertem Wasser gewaschen wird, bis dieses Wasser nicht länger auf Salpetersäure reagiert. Die getrocknete Fällung bildet ein loses, weisses Pulver, das in Wasser vollständig unlöslich, in Chlornatriumlösung aber löslich ist. Die von Welander benützte Lösung hat folgende Zusammensetzung: Hydrarg. benz. 1,0, Natr. chlor. 0,3, Aq. dest. 100,0.

*) Über die Behandlung der Bubonen, insbesondere seit Anwendung der Welander'schen Methode. Dr. Theodor Spietschka, Assistent der Klinik. Archiv für Dermatologie. Ergänzungsband. 1892. II, Seite 63.

Zunächst wurde genau nach den Angaben Welander's verfahren, nur wurde an Stelle des Druckverbandes mit Sublimat, ein solcher mit essigsaurer Thonerde verwendet. Bei einer Reihe von Bubonen, die noch wenig Fluktuation zeigten, trat ein günstiges Resultat ein. In mehreren Fällen mussten die Injektionen wiederholt werden. Häufig jedoch wurde der erwünschte Erfolg nicht erzielt und jetzt entleerte man den Inhalt des Bubo mittelst Aspirationsspritze. Gefunden wurde eine dicke, braunrote, chokoladenartige Flüssigkeit, die spärliche Eiterkörperchen enthielt. Es wurde abermals eine Injection mit Hydrarg. benzoat. gemacht, jedoch ohne Erfolg, da nach wenigen Tagen der Bubo mit ähnlicher Flüssigkeit gefüllt war.

Man versuchte deshalb der Flüssigkeit einen fortwährenden Abfluss zu verschaffen, indem an der tiefsten Stelle des Bubo ein kleiner Einstich gemacht wurde, der durch etwas Jodoformgaze am Verheilen gehindert wurde. Der Inhalt des Bubo nahm nach einigen Tagen das Aussehen von reinem Serum an und wurde allmählich spärlicher. Jeden zweiten oder dritten Tag wurde die Wundhöhle mit Sublimatlösung (1 : 1000) ausgespült, bis sie sich schloss und Heilung eintrat. Später wurde dieses Verfahren auch bei bereits fluktuierenden Bubonen angewendet. Endlich aber wurden auch solche Fälle mit Injektionen behandelt, die von vornherein eine Heilung durch Resorption nicht erwarten liessen. Man wollte hierbei den eitrigen Inhalt der Drüsen verändern und noch feste Drüsen verflüssigen.

Nach der oben beschriebenen Methode wurden 62 Patienten behandelt, die von Spietschka in drei Gruppen eingeteilt werden. In der ersten Gruppe werden 23 Fälle mitgeteilt, die allein durch Injektion

mit Hydrarg. benzoat. zur Heilung gebracht wurden. Besonders interessant dürfte folgender Fall erscheinen:*)

G. J. Andjunkt.

Im Dezember 1889 Ulcera specifica mit Anschwellung der Inguinaldrüsen, die spontan zurückging. Im November 1890 nach einer anstrengenden Landpartie Anschwellung derselben Drüsen. Zu Weihnachten 1890 wurde die grosse, fluktuierende Geschwulst punktiert, wobei sich reichlich Eiter entleerte, jedoch wuchs die Anschwellung rasch wieder und im Januar und Februar wurden noch vier Einstiche gemacht. Am 6. Juni 1891 suchte Patient im Hospitale Hülfe. — Rechts dicht über dem Poupart'schen Bande ein gänseeigrosser Tumor, der von der Umgebung nicht scharf abgrenzbar ist. Derselbe ist in der Mitte weich, fluktuierend, sonst derb, indolent. Die Haut an der fluktuierenden Stelle ist livide gefärbt. Im unteren Teile der Anschwellung mehrere blaurot verfärbte Narben, mit drei Fistelöffnungen, aus denen sich bei Druck Eiter entleert.

8. Juni Injektion von 2 Spritzen Hg. B. (je $^1/_2$ Spritze an 4 Stellen).

11. Juni Temperatur war immer normal. Tumor zeigte keine Veränderung. Injektion von 3 Spritzen Hg. b. Die Injektionsflüssigkeit entleert sich zu einem Teile aus den Fistelgängen.

13. Juni Tumor im Centrum resistent geworden. Aus einer Fistelöffnung noch etwas trübe Flüssigkeit auszudrücken.

15. Juni Tumor kleiner, abgegrenzt. Eine Fistel ganz geschlossen.

18. Juni Tumor noch kleiner, sehr hart. Injektion von 2 Spritzen Hg. b. Temperatur Abends normal.

20. Juni Tumor fast ganz flach, mässig derb, ein etwa wallnussgrosses Infiltrat darstellend. Zwei Fisteln vollkommen geschlossen. Aus der dritten entleert sich bei starkem Drucke eine ganz geringe Menge seröser Flüssigkeit. Fast geheilt entlassen. (3 Injektionen, 13 Tage.)

In 13 Tagen also wurde ein mehrere Monate alter, mit Fisteln durchsetzter, Bubo durch 3 Injektionen fast

---

*) Archiv für Dermatologie. 1892. II, Seite 84.

ganz geheilt. Die Durchschnittsdauer der Heilung der 23 Fälle der ersten Gruppe beträgt 19 Tage.

In der zweiten Gruppe finden sich 12 Fälle, bei denen ausser der Injektion noch ein kleiner Einschnitt gemacht wurde. Die durchschnittliche Heilungsdauer betrug hier 28 Tage.

Die dritte Gruppe endlich enthält 16 Fälle, bei denen die Behandlung in Injektion mit Hg. b., breiter Spaltung und Entfernung des Inhaltes mit dem scharfen Löffel bestand. Hier dauerte die Heilung durchschnittlich 43 Tage. Die Wundhöhlen granulierten meist gut.

Zum Schluss werden noch 11 Fälle genannt, bei denen eine Injektion von Hg. b. als Vorbereitung zur Operation, oder nach der Operation gemacht wurde. Durchschnitt der Heilungsdauer 39 Tage. Im Ganzen brauchten obige Fälle 30,5 Tage zur Heilung.

Vergleichen wir dieses Resultat mit dem durch chirurgischen Eingriff erzielten, bei welchen eine Heilungsdauer von 40,53 Tagen nötig war, so scheint die Welander'sche Methode entschieden grosse Vorteile zu bieten, denn abgesehen von einer schnelleren Heilung, wird die Bildung entstellender Narben vermieden und dem Patienten bleiben eine Anzahl von Drüsen erhalten, die durch eine Radikaloperation sicher entfernt sein würden. Durch die Exstirpation der Inguinaldrüsen können aber dauernde Schädigungen eintreten. So berichtet Riedel*) 2 Fälle von dauerndem Oedem und Elephantiasis nach Lymphdrüsenexstirpation. Fall 21 der oben beschriebenen zeigte gleichfalls noch ein Jahr nach der Operation ein Oedem der Labien.

---

*) Dauerndes Oedem und Elephantiasis nach Lymphdrüsenexstirpation von Prof. Dr. Riedel. Langenbecks Archiv. 47. Bd. 1894.

Leider gestalten sich in der Praxis die Verhältnisse häufig so, dass keine der beiden Methoden in Anwendung gebracht werden kann. Ausgedehnte Periadenitis, infolge deren die einfache Loslösung der Drüsen unmöglich ist, stört häufig den Erfolg. Ebenso machen der Durchbruch des Eiters durch die Kapsel, schwielige und sulzige Bindegewebsmassen aller Art die glatte Heilung unmöglich. Die Wunde muss jetzt offen bleiben und braucht bis zur völligen Vernarbung meist 6 bis 8 Wochen, d. h. bei ungestörtem Wundverlauf und Entfernung sämtlicher kranken Drüsen. In ungünstigen Fällen tritt noch dadurch ein Aufschub ein, dass eine unbeachtete Nachbardrüse, welche nicht mit ausgeräumt war, zur nachträglichen Vereiterung kommt. Durch die erforderliche Nachoperation wird wiederum ein Defekt geschaffen, dessen Ausfüllung von der Tiefe her wiederum noch einige Wochen in Anspruch nimmt. Durch Anwendung ungeeigneter Verfahren, z. B. durch kleine Incisionen, welche keinen genügenden Abfluss des Eiters erlauben, sondern nur zur Bildung von allerlei Hohlgängen günstig waren, kommt es vor, dass schliesslich über 100 Tage zur Ausheilung nötig waren.

Häufig wird, nachdem Versuche einer konservativen Behandlung resultatlos geblieben sind, ein kleiner Einstich auf der Höhe der Geschwulst gewagt, dem eine Entleerung von mehr oder minder viel Eiter folgt. Der augenblicklichen Erleichterung folgt bald eine neue Steigerung der Temperatur, bis wieder an einer anderen Stelle durch eine ebenso kleine Incision eine Abszessöffnung hergestellt wurde und so fort, bis schliesslich in der ganzen Region die Haut durch zahlreiche, noch Drüsenreste führende Gänge unterminiert und erkrankt ist. Wird jetzt nicht durch ausgedehnte Spaltung und Ausräumung der Gegend die Möglichkeit für einen

schnellen Fortgang der Heilung geschaffen, so nimmt die Spontanheilung, welche gewöhnlich — Dank der gütigen Mutter Natur — noch zu Stande kommt, sehr lange Zeit in Anspruch.

Eine Einschränkung des brauchbaren Materiales für einen operativen Eingriff mit nachfolgender Naht wird auch noch dadurch gegeben, dass der Patient häufig erst dann zum Arzte kommt, wenn die Ausdehnung der Vereiterung die Haut für die Naht bereits unbrauchbar gemacht hat.

In jedem Falle von Bubo ist die Diagnose zu berücksichtigen, ob es wirklich zur Vereiterung kommen wird. Vor allen Dingen geben Anamnese und primäres Ulcus wichtige Anhaltspunkte. Tritt nach einem typischen Ulcus molle in verhältnismässig kurzer Zeit eine starke Schwellung meist einer Drüse, Fieber, oft schlechtes Allgemeinbefinden und Behinderung beim Gehen ein, so darf der Eintritt einer Vereiterung der Drüsen als ziemlich sicher angenommen werden. In Frage können die Fälle kommen, bei denen der Ausbruch luetischer, allgemeiner Erscheinungen mit Fieber und starker, oft recht schmerzhafter Schwellung der Drüsen einhergeht. — Ist man durch den Primäraffekt oder das späte Auftreten des Ulcus post coitum von dem operativen Eingriff abgestanden, so kann in seltenen Fällen doch noch eine Vereiterung eintreten, die dann durch eine Mischinfektion zu erklären ist. Die luetischen, primären Drüsen bieten jedoch, selbst wenn sie nachträglich vereitern, im Allgemeinen ein ganz anderes Bild dar, welches sie deutlich charakterisiert. Vor allen Dingen ist die grosse Härte trotz der Einschmelzung stets ein typisches Zeichen. —

Ist die Diagnose eines vereiterten Bubo sicher gestellt, so ist vor allen Dingen vor einer rein abwarten-

den Therapie zu warnen. Wartet man den spontanen Durchbruch des Eiters ab, so bekommen wir jene Fälle mit Fistelgängen, Unterminierungen und Veränderungen ausgedehnter Gewebspartien, die der Heilung so energischen Widerstand entgegenstellen. —

Es können aber auch sogar direkte Gefahren für den Patienten durch das Abwarten entstehen. Abgesehen von der Menge von Wundkomplikationen, welche bei der Hinziehung einer solchen Affektion eintreten können, dürfen jene Fälle nicht vergessen werden, bei denen durch Arrodierung der Schenkelgefässe tötliche Blutungen eintreten. Auch ist bekannt, dass in seltenen Fällen sich Peritonitis einstellte in Folge Erkrankung der glandulae iliacae, auf die der Prozess schliesslich weiter geschritten war. Jedenfalls ist die Prognose eines Bubo bei abwartender Behandlung keineswegs leicht zu nehmen, da die Erkrankung sogar lebensgefährlich werden kann. —

Wenn nun auch der letztere, ungünstige Ausgang selbst bei ganz abwartender Therapie sehr selten ist, so wird doch das Allgemeinbefinden des Patienten desto mehr gestört, je länger die Resorption des Eiters dem Organismus zugemutet wird und je mehr man diesen Vorgang durch Compression unterstützt. Die ganze Ernährung kann so herabgesetzt werden, dass der Patient durchaus den Eindruck eines schwer Kranken macht. Schon der ganze Habitus des mit akutem, virulentem Bubo behafteten Menschen fordert zu baldiger eingreifender Hülfe auf. Gewöhnlich haben wir es auch mit Temperatursteigeruugen zu thun.

Fragen wir uns nun; welche Behandlungsmethode die vorteilhafteste ist, so finden wir nach dem heutigen Stande der Therapie, dass in jedem einzelnen Falle streng zu individualisieren ist. Eine allgemeine Be-

handlungsweise giebt es nicht. Die radikalen Massnahmen sollen auf Grund der Beobachtung allgemeiner Schädigungen, die in Folge ausgedehnter Lymphdrüsenexstirpationen entstanden sind, nur ausnahmsweise angewendet werden, wenn andere Behandlung nicht zum Ziele führt. Auch dann darf nie die ganze Fettkapsel entfernt werden, sondern ein Teil derselben muss zurückbleiben.*)

Die Injektionen nach Welander oder ähnliche streng lokalisierte kleine Eingriffe z. B. Incision mit nachfolgender Argentum nitricum Behandlung, führen häufig den gewünschten Erfolg herbei.

Solange noch eine Resorption des Entzündungsherdes zu erwarten ist oder das Allgemeinbefinden des Patienten nicht durch Fieber leidet, können auch noch Bettruhe und andere konservative Methoden indiciert erscheinen.

*) Bayer. Langenbeck's Archiv. Band XLIX Rest 3 „Altes und Neues über kranke Lymphdrüsen".

Lebenslauf.

Am 12. Juni 1862 in Waldenburg, Schles., als Sohn des Maurermeisters Traugott Silber, evang. Konfession, geboren, besuchte ich das Gymnasium zu Schweidnitz und das Gymnasium zu St. Maria Magdalena zu Breslau, wo ich im Herbst 1883 das Zeugnis der Reife erlangte. Während des Wintersemesters 1883/84 und Sommersemesters 1884 studierte ich in Breslau, besuchte dann vom Wintersemester 1884/85 bis Wintersemester 1886/87 die Universität zu Halle und absolvierte im Sommer 1893 mein Staatsexamen zu Breslau. Ich arbeitete darauf ein halbes Jahr lang im Knappschaftslazareth zu Zabrze, Oberschles., und liess mich im Winter 1893 in Nimkau, Schles., als Arzt nieder. Seit Oktober 1896 praktiziere ich in Lebus bei Frankfurt, Oder.